المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 8، عدد 4، 2012، 365-376

فعاليّة العلاج الواقعيّ الجمعي في تخفيف الضغوط النفسيّة وقلق الحالة لدى الحوامل

عائشة السوالمة* و أحمد الصمادي**

تاريخ تسلم البحث 2011/10/30 تاريخ قبوله 2012/9/18

ملخص: هدفت الدراسة إلى التعرّف على مستوى الضغوط النفسيّة، وقلق الحالة لدى عيّنة من النساء الحوامل، واختبار فعاليّة برنامج إرشاد جمعي مستند إلى النظريّة الواقعيّة في تخفيف الضغوط النفسيّة وقلق الحالة لديهن.واختيرت مشاركات الدراسة من الحوامل اللواتي يراجعن مراكز الأمومة والطفولة في محافظة عجلون بمنطقة عرجان، وبلغ عدد المشاركات (32) امرأة حاملاً، تراوحت مدّة الحمل لديهن من شهرين إلى سبعة أشهر، تم توزيعهن عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين، المجموعة التجريبيّة، وعدد افرادها (16) امرأةً حاملاً، خضعن للبرنامج الإرشادي المستند إلى نظريّة العلاج الواقعي، والمجموعة الضابطة وعدد افرادها (16) امرأةً حاملاً لم يخضعن لأي برنامج، وتضمن البرنامج الإرشادي (17) جلسة إرشادية، تمّ تطبيقها في شهرين بواقع جلستين أسبوعيا. طُبقت القياسات القبليّة والبعديّة باستخدام مقياس الضغوط النفسيّة وقلق الحالة، اللذين تم إعدادهما لأغراض الدراسة وتم استخراج دلالات الصدق والثبات لهما. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن النساء الحوامل يعانين من الضغوط النفسيّة بدرجة مرتفعة ، وكذلك فيما يتعلق بقلق الحالة فقد أشارت النتائج إلى وجود قلق الحالة لدى عيّنة الدراسة بدرجة مرتفعة. وقد طبّق البرنامج الإرشادي المستند إلى نظريّة العلاج الواقعي. وقد أشارت النتائج إلى وجود اثر للبرنامج الإرشادي في تخفيف الضغوط النفسيّة وقلق الحالة لدى النساء الحوامل. وفي ضوء النتائج قدّم البحث مجموعة من التوصيات. (**الكلمات المفتاحية:** العلاج الواقعي الجمعي، الضغوط النفسية، قلق الحالة).

مقدمة: يعد الحمل أحد الوظائف المهمة للزواج؛ كونه النتيجة المترتبة عن السلوك الجنسي، الذي يمارس باعتباره مصدراً من مصادر اللذة، أو السعادة في الحياة الزوجية، وباعتباره مؤدياً للإنجاب، الذي يعد الطريقة الأساسية لحفظ النوع الإنساني.

أشار ديمبسي، وبيتلر ووليمز (*Dempsey, Butler, & Williams, 2005*) بأنّ هناك تغيرات فسيولوجية كثيرة، تحدث للمرأة الحامل، من أهمها: ازدياد ضخ القلب بنسبة (٥٠%)، كما يزداد معدل ضربات القلب لدى المرأة الحامل، خاصة في الثلث الأخير من فترة الحمل، وتقدر تلك الزيادة في معدل ضربات القلب لدى المرأة الحامل بحوالي (*15*) ضربةً في الدقيقة . أمّا ضغط الدم الشرياني فلا يتغير بشكل ملحوظ خلال فترة الحمل في الأحوال الطبيعية، ويزداد حجم الدم أثناء فترة الحمل بحوالي (40*%*) ، مقارنة بما قبل الحمل، ويزداد استهلاك الأكسجين باللتر في الدقيقة لدى المرأة الحامل أثناء الجهد البدني، بمقدار (٣٠ *%*) في نهاية الحمل مقارنة بما قبل الحمل.

من التغيرات التي تحدث أثناء الحمل انخفاض مركز الثقل لدى المرأة الحامل؛ بسبب زيادة الوزن، وزيادة محيط البطن، خاصة في الأشهر الأخيرة من الحمل؛ مما ينتج عنه ألم أسفل الظهر لدى المرأة الحامل ويزداد وزن الجسم وكتلة الشحوم خلال فترة الحمل، الأمر الذي يلقي إجهاداً على مفاصل الجزء السفلي من جسم المرأة الحامل، كما انّ تغير مركز الثقل لدى المرأة الحامل يؤ ثّر على رشاقتها، وتحركها (Thomas, 2003). كما أن هناك العديد من المشكلات التي تحدث أثناء الحمل يذكر خوري (1996) أهمها: كثرة التبول والغثيان والقيء وحرقة بالمعدة و الإمساك واضطراب في التنفس ,ودوالي الرجلين وتقلصات عضلات الرجلين وبواسير وألم وتعب أسفل البطن.

The Effectiveness of Group Reality Therapy in Reducing Psychological Stress and State Anxiety Among Pregnant Women

Aisha Al-Sawalmeh:, *Directorate of Education, Ajloun, Irbid.*
Ahmad Al-Smadi*. Department of Psychology, Um Al-Qura University, Macca, KSA.*

Abstract*: The purpose of this study is investigating the level of psychological stress and state anxiety among pregnant women, and examining the effectiveness of a group counseling program based on the reality therapy in reducing psychological stress and state anxiety. Participants were chosen from the pregnant women visiting Childhood and Motherhood Center in Ajloun – Urjan District. The participants totaled (32) pregnant women with a pregnancy period ranged between (2-7) months. They were divided randomly and equally; the experimental group of (16) women received the counseling program based on the reality therapy, and the control group of (16) women didn't receive any counseling. The counseling program consisted of (17) sessions administrated for two months with two sessions weekly. Pre and post tests were administrated by using the psychological stress scale and anxiety state scale which were developed for the purposes of this study. The findings of the study showed that the pregnant women suffer a high level of psychological stress and state anxiety. This requires applying the counseling program. The findings showed that the reality counseling Program has a significant effect in reducing psychological stress and state anxiety among pregnant women. Based on the findings of the study several recommendations were suggested. (Keywords: groupreality theropy, psychological stress, state anxiety).*

---

* مديرية التربية والتعليم، عجلون، الأردن.
** قسم علم النفس، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، إربد، الأردن.

الضغوط النفسية لدى الحامل أثناء فترة الحمل:

تتذبذب الحالة النفسيّة للمرأة الحامل بين الخوف والرجاء، والحزن والفرح، والخوف من مصاعب الحمل والولادة ، لذلك قد تظهر لديها بعضُ الضغوطات النفسية والمشاكل التي لا بد من التعرف عليها، والتصدي لها، من خلال الأساليب الإرشادية المختلفة. وتعد مرحلة الحمل مليئة بالضغوطات النفسية، النابعة من مخاوف وآلام الولادة التي تزيد من حدة القلق لدى الحامل؛ مما قد يؤدي إلى خلق حالة نفسية تتسم بالتوتر والكآبة؛ نتيجة للضغوطات التي ترافق فترة الحمل (Glynn, Schetter, Hobel & Sandman, 2008) . ومن أهم هذه الضغوطات الاتجاهات نحو الحمل، والارتباط النفسي بين الأم والجنين، وسيكولوجية زوج المرأة الحامل، وتأثير الحمل في العلاقة الزوجية والجنسية، والاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل كالوحم والحمل الكاذب والقيء أثناء الحمل (المهدي، 2004). وتنشأ لديها صراعات التناقض بين حالتها الجسدية والنفسية قبل وبعد الحمل Beijers, (2010).

كما تعاني المرأة الحامل الكثير من الضغوطات، ليس فقط نتيجة التغيّرات التي تطرأ عليها أثناء فترة الحمل، بالإضافة إلى التغيّر الواضح والسريع في حالتها الصحية والنفسية، وإنّما نتيجة للمشقة المتلاحقة، التي لم تواجهها قبيل فترة الحمل، إذ تواجه أثناء فترة حملها العديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب بها؛ وأحداثاً قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر والتهديد في كافة أشهر حملها؛ وتؤدي إلى أن تعيش في حالةٍ من التوتر والإجهاد اللذين يؤثران بشكلٍ مباشرٍ في صحتها وصحة جنينها (Brajenovic-Milie, Martinac, Kuljanic, & Petrovic, 2010).

وقد أشار ديفيد (David, 2004) إلى أنّ النساء الحوامل اللاتي يعانين من الضغط النفسي أثناء الحمل، قد يرزقن بأطفال أكثر عرضةً للإصابة بالحساسية والربو، وأنّ ضغط الحامل قد يكون له تأثيرات سلبية دائمة في صحة الطفل اللغوية، والعقلية، في مراحل عمره اللاحقة، إمّا بتقليل توريد الدم للطفل، وأما بنقل هرمون التوتر "الكورتيزول" إليه فيؤثر في نموه العقلي والذهني ، كما أنّ الأحداث الانفعالية والموترة، والمشكلات التي تتعرض لها السيدات الحوامل قد تؤدي إلى ولادة أطفال أشقياء.

وقد توصل مارغليت (Margalit, 2010) إلى أنّ الضغوط النفسية الشديدة، التي تتعرض لها المرأة خلال فترة الحمل؛ بل وقبلها يمكن أن تكون عاملاً في ظهور إصابة الجنين بتشوهات، فالضغوط النفسية القوية خلال الحمل، مثل: فقدان الوظيفة، أو الطلاق، أو الفراق، بين الأزواج، أو الحزن على فقدان شخص ما، يمكن أن تؤدي إلى حالات غير طبيعية في الجنين وتشوهات، كانشقاق الشفة والحلق وغيرهما، كما توصلت الدراسات الطبية بهذا الخصوص إلى أنّ معدل الإصابة بالتشوهات الخلقية لمواليد ممن تعرضت أمهاتهم للضغوط، يصل ضعف المعدل عند النساء الأخريات، كما لوحظ أنّ النساء اللواتي يحملن مرتين متعاقبتين، أكثر عرضةً من غيرهن لإنجاب طفل مشوه؛ نتيجة ارتفاع نسبة السكر في الدم، وتقلص نسبة الأوكسجين في الأنسجة، وهما يتسببان في تشوهات خلقية عند الجنين.

وتزيد الضغوط النفسية لدى المرأة الحامل من المشكلات الجلدية لديها مثل ظهور حب الشباب؛ نتيجة ازدياد الإفرازات الدهنية في مناطق الوجه والصدر والظهر، وجفاف الجلد؛ بسبب زيادة إفراز العرق، وكذلك ازدياد في تمدد جلد البطن وحدوث تشققات حمراء اللون، تتحول إلى اللون الأبيض، فضلاً عن ظهور كلف الحمل (Sausenthaler, et al 2009).

كما أشار مارغليت (Margalit, 2010) ونوربيك وآندرسون (Norbeck and Anderson, 2010) إلى أنّ الضغط النفسي يؤثر في النشاطات الفسيولوجية في جسد المرأة الحامل، وربما انتقل التأثير إلى الجنين. ومن أعراض الضغط النفسي لدى المرأة الحامل، القلق، والاكتئاب، والتباطؤ في التفكير، والشعور بالعجز، أو بفقدان الأمل، أو بانعدام القيمة، أو الشعور بغياب الهدف، أو الشعور بعدم الأمان، والإحساس بالحزن الدائم، الغضب، أو فرط الحساسية والبلادة، والنفور من المسؤوليات. ومن الدراسات التي أجريت في مجال قلق الحوامل دراسة نوربك وآندرسون (Norbeck and Anderson, 2010) التي هدفت إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية، والقلق الذين تعاني منها النساء الحوامل، وعلاقتهما بمستوى الدعم الاجتماعي، وقد بينت النتائج وجود مستوى مرتفع من الضغوط النفسية والقلق لدى الحوامل. ففي دراسة بيجريس (Beijers, 2010) التي هدفت إلى تحديد مستوى الضغط النفسي والقلق، لدى النساء الحوامل، وعلاقتهما بالحالة الصحية والجسدية لأطفالهن، شملت الدراسة (174) حاملاً، منهن (71) حاملاً للمرة الأولى. وقد أكدت النتائج وجود مستويات عالية من الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل، خصوصاً بين النساء اللاتي يلدن لأول مرة، وبينت النتائج وجود علاقة سلبية بين صحة المرأة النفسية أثناء الحمل، والصحة الجسدية لأطفالهن، حيث إنّ (10.7%) من أطفال السيدات القلقات، يعانون من أمراض عامة، و(8.9%) منهم يعانون من أمراض جلدية، و(7.6%) يتعاطون مضادات حيوية.

حالة القلق أثناء الحمل عند المرأة الحامل:

يعرّف غيبننج وآخرون (Gunning, et al, 2010) حالة القلق بأنّها الخوف والوقوع فريسة لأفكارٍ معينةٍ، والميل نحو القيام بعملٍ أو سلوكٍ معينٍ، كرد فعل لموقف، أو ظرف طارئ حدث فعلاً، أو على وشك الحدوث، حيث تقوم المشاعر بتحذير الإنسان من وجود خطر ما يهدد الجسم، وضرورة تجنب هذا الخطر من خلال سلوك أو ردود فعل.

أما موضوع القلق لدى النساء الحوامل كموضوع منفرد فلم تُجر دراسات عنه وخاصة بعد الولادة، ربما لأنّ الكثيرين يعتقدون بأنّ القلق عند المرأة أثناء الحمل والولادة، وفترة بعد الولادة أمرٌ طبيعي، وأنّه لا يحتاج لعلاج، أو تدّخل طبي نفسي من قِبل المختصين بعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية، فالقلق ينتشر بصورٍ مختلفة عند النساء الحوامل، وكذلك بعد الولادة، مثله مثل الاكتئاب، ولكن نظراً لخطورة الاكتئاب، فإنّه حظي بدراساتٍ كثيرةٍ في هذا المجال،

تشير بعض الدراسات (Teixeira, et al, 2009 ; Littleton, et al, 2006). الخاصة بدراسة القلق عند النساء الحوامل، بالاعتماد على المقاييس الخاصة بالقلق، بأنّ هناك ارتفاعاً في مستوى القلق عند النساء الحوامل. وعادة ما يكون القلق مصحوباً بأعراض فسيولوجية، منها: سرعة ضربات القلب، وتقلص العضلات، وزيادة نشاط الغدة الدرقية، وكثرة التبول أو التعرق، وزيادة معدلات التنفس، وجفاف الحلق، وصعوبة الكلام، كما تصاحبها تغيرات نفسية، كترقّب حصول الأذى، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، وعدم انتظام التفكير، وفقدان الأمن النفسي، والشعور بالاكتئاب، والضيق، والتوتر(التميمي ، 2006).

أمّا القلق أثناء الحمل، فتؤكد إحدى الدراسات (Gunning, et al, 2010) وجود صلة بين القلق الناتج عن مشكلات مالية، أو مسائل مرتبطة بالعلاقات الإنسانية، وبين صحة المرأة الحامل، وآثار دائمة في صحة طفلها؛ إذ إنّ الحامل القلقة بشأن أمور مالية، وعلاقات إنسانية، ومشكلات أخرى أثناء الحمل، قد تلد طفلاً أكثر عرضةً للإصابة بالحساسية والربو، وكذلك حدوث تغيرات تطرأ على جهاز المناعة لدى المواليد حتى قبل ميلادهم، كما أنّ المرأة الحامل التي تعاني من قلق وتوترات شديدة أثناء فترة الحمل تكون أكثر عرضةً لإنجاب طفل لديه مستويات مرتفعة من "الأيمونوجلوبالين أي، "وهو أحد مكونات جهاز المناعة .

كما بيّنت بعض الدراسات (Huizink, de Medina, Mulder, Visser & Buitelaar, 2000) أنّ النساء الحوامل اللاتي يشعرن بقلقٍ غير عادي على حملهن، قد يزداد لديهن احتمال حدوث ولادة مبكرة؛ إذ تزيد لديهن بمعدل ثلاثة أمثال تقريباً مخاطر الولادة قبل موعدها، مقارنةً بالنساء اللاتي ينتابهن قلق أقل، وأنّ القلق أثناء الحمل يرتبط بزيادة مخاطر حدوث مضاعفات؛ إذ تزداد الضغوط النفسية، وقلق الحالة؛ نتيجة مخاوف النساء الحوامل بشأن حملهن، وبشأن المخاض والولادة، ومشكلات الولادة المبكرة، مثل: النزف، والغثيان، كما أنّ القلق أثناء فترة الحمل على وجه التخصيص يتمثل بثلاثة عوامل وهي: مخاوف ألم الولادة، والخوف من ولادة طفلٍ معاقٍ جسدياً أو عقلياً، والخوف من مظهر أو شكل الطفل.

كما أنّ تعرض الأم الحامل لنوبات القلق خلال الأشهر الثلاثة الأولى للحمل، يؤثر على حجم الجنين، ليصبح عند الولادة أقل من الحجم الطبيعي، وأنّ القلق خلال الحمل يؤثر على وزن الطفل أكثر من أيّ عوامل أخرى، كتعاطي الأدوية، فالمرأة القلقة خلال الحمل تلد أطفالاً صغار الحجم، ويظهر ذلك بشكلٍ واضحٍ إذا كانت الأم تشعر بالقلق الحاد خلال الشهر الأول، أو الثاني من الحمل (Heron, Thomas, & O' Conner, 2004).

كما يؤكد ليتلون وآخرون (Littleton, et al, 2006) وتيكسيرا وآخرون (Teixeira, et al, 2009) أنّ حدة القلق تزداد نظراً لتجاهل المرأة حالتها النفسية على حساب الاهتمام بأمور ثانوية أخرى، كاهتمام السيدات الحوامل بحالة الجنين، والتجهيزات المناسبة لاستقباله، فهي تركز طوال فترة الحمل على الأشياء التي تحتاجها له، وفى ظل هذه الاستعدادات والالتزامات والقلق، تتجاهل الحامل أهمية حالتها المزاجية والنفسية، التي تؤثر تلقائياً على الجنين.

وأكدت الدراسات في أمراض النساء والولادة، أنّ العوامل الوراثية، ليست فقط هي وحدها المسؤولة عنه الطباع المزاجية للطفل، فحالة الحامل النفسية والمزاجية تحتاج للملاحظة؛ وذلك لأن كثرة التعرض لحالات القلق يؤدي إلى إفراز هرمونات معينة، تمر إلى الجنين من خلال المشيمة، وتشير إحدى الدراسات (Huizink, de Medina, Mulder, Visser & Buitelaar, 1999). إلى أنّ الأمهات اللاتي تتسم حياتهن بالعمل والمنافسة، وبسرعة الأداء، والتصميم على التغلّب على المشكلات، غالباً ما تكون لأطفالهن نفس الحالة النفسية، أي يكونون أطفالاً حادين، متنبهين، وردود أفعالهم قوية تجاه البيئة التي يعيشون فيها.

هناك بعض الدراسات التي أجريت على النساء الحوامل متناولة القلق كمتغير رئيس وأظهرت هذه الدراسات وجود علاقة بين قلق الأم الحامل والحالة الصحية للأبناء وكذلك المشكلات الأسرية(sausenthaler, et al 2009). كما بينت نتائج بعض الدراسات أنّ الخوف من مخاطر الولادة والإنجاب، كانت من أبرز العوامل المسببة للضغط النفسي الذي تعاني منه الحوامل أثناء فترة الحمل(Woods, et al, 2010). ويرتفع مستوى القلق لدى الحوامل بسبب الخوف من إنجاب طفل معاق ومن الآم مرتبطة بالحمل والولادة والخوف على مظهر الطفل (Hussein, 2010, Hamid, Asif& Haider, 2008,Huizink, et al, 2000)، وتبين كذلك أن قلق الأم الحامل يرتبط بالاكتئاب والضغط النفسي وتقدير الذات(Littleton, Breitkopf, and Berenson, 2006)،كما يتأثر مستوى القلق بمتغيرات العمر والمستوى التعليمي والدخل الشهري والوضع الاجتماعي وعدد مرات الحمل Hamid, Asif& Haider, 2008, Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009).

بعد استعراض الأدب النظري حول موضوعي الضغوط النفسية وقلق الحالة المرتبط بالحمل يلاحظ ندرة البرامج الإرشادية والعلاجية التي يجب أن تتصدى لهذين الموضوعين المهمين باعتبارهما من المتغيرات التي قد تؤثر بالأم وفي مستقبل الجنين. لذا تأتي هذه الدراسة محاولة أولية لبناء برنامج إرشادي منظم

يستند إلى نظرية الاختيار والعلاج الواقعي لتقديم خدمة ارشادية وعلاجية لفئة من النساء الحوامل في منطقة ريفية من الأردن.

تطور نظرية العلاج الواقعي:

يعد العلاج الواقعي أحد الاتجاهات الحديثة والعقلانية في الإرشاد والعلاج النفسي (الصمادي وزملاؤه، 1993)، قد قام وليام جلاسر (William Glasser) مطوّر هذا النموذج العلاجي، بنشر آرائه في سلسلة من الكتب ، والعلاج الواقعي المبني على نظرية الاختيار يعتبر تيار أساسي في الإرشاد النفسي (Howart,2001). فهو أحد النماذج الحديثة نسبياً في ميدان الإرشاد النفسي، ويركز هذا العلاج على السلوك الحالي، ويهدف إلى مساعدة المسترشد في تحمل المسؤولية في تلبية حاجاته دون أن يؤذي ذاته أو الآخرين.

وقد مرّت النظرية الواقعية بعدة مراحل، حتى أصبحت عام (1996) تعرف باسم نظرية الاختيار، ففي عام (1965) نشر جلاسر أول كتاب أسماه: "العلاج الواقعي: طريقة جديدة في الطب النفسي"، بين فيه طريقة حديثة في العلاج النفسي، خرج فيها من دائرة التحليل النفسي، وفيه اعتبر جلاسر المرض النفسي سلوكاً متعلماً لإشباع حاجات الفرد النفسية غير المشبعة.

وفي عام (1981) تبنت طريقة العلاج الواقعي نظرية الضبط (Control Theory)، التي تشرح كيفية عمل الدماغ كنظام ضابط لكافة الأنشطة المعرفية والسلوكية والحركية؛ بل وحتى الفيزولوجية للفرد كنظرية في الإرشاد، ثم في عام (1996) غير جلاسر اسمها لتحمل اسم نظرية الاختيار (Choice Theory) بدلاً من نظرية الضبط ، وبرر جلاسر ذلك بأنّ مصطلح "الضبط" هو اسم مضلل يصعب قبوله، وأنّ مصطلح نظرية الاختيار سيحظى بقبول أكبر من التربويين والمرشدين: لأنّ سلوكياتنا تمثل اختيارنا الأفضل لإشباع حاجاتنا، وقد توسع جلاسر أكثر في نظرية الاختيار، في كتابه الجديد، الذي صدر عام(1998) بعنوان: " نظرية الاختيار: سيكولوجية جديدة للحرية الشخصية"(Lennon,2000).

وقد قدَمت نظرية الاختيار شرحاً مفصلاً للكيفية التي تحدث من خلالها اختياراتنا، ومحاولاتنا لخلق التوازن بين حاجاتنا الأساسية، وطرق إشباعها (الصمادي والخزعلى،2006). وهي تختلف مع نظرية الضبط الخارجي، التي تعزو السلوكيات لدوافع ومثيرات خارج إرادة الفرد، في حين تعزو نظرية الاختيار سلوكيات الفرد لدوافع تكمن داخل الفرد نفسه، وحسب نظرية الاختيار فإنه يتم تدريب الناس على عدم الميل إلى عزو سلوكاتهم إلى ظروفٍ وأسبابٍ خارجيةٍ، وإنّما جعل دوافع سلوكياتهم داخلية(Howart,2001).

يرى جلاسر أنّ تفسير السلوك الإنساني الشامل، يجب أن يتضمن عناصر أساسيةً هي: الفعل (Doing)، والمشاعر (Feeling)، والتفكير (Thinking)، والأعراض الجسمية (Physiology)، والمحصلة التي يصل إليها جلاسر ، هي أنّ السلوك الكلي أو الشمولي هو الوصول إلى ردم الفجوة بين ما نريد تحقيقه من احتياجات، وبين إدراكنا لما حققناه منها، ويعطي جلاسر أهمية كبرى لعنصري الفعل والتفكير؛ لأنّهما يوجهان السلوك الإنساني، فالعلاج الواقعي يركز في عملية المساعدة على تغيير الأفعال والأفكار؛ لأنّها أكثر قابليةً للتغيير، التي بدورها ستؤدي إلى تغيير المشاعر، كما قامت النظرية الواقعية على أساس أنّه من الصعب اختيار سلوك كلي من غير اختيار مكوناته أو عناصره(Misztal, 2010).

يرى جلاسر أنّ السلوك غير المسئول، ينتج عندما يفشل الناس في أن يتعلموا القدرة على إشباع حاجاتهم بطريقةٍ صحيحةٍ، فقد صنف جلاسر عدة حاجات أساسية نفسية عند الإنسان، هي التي تقوده إلى البقاء، وهي الحاجة إلى الانتماء، والحاجة إلى المتعة، والحاجة إلى الحرية، والحاجة إلى القوة، وحين يفشل الفرد في تحقيق هذه الحاجات النفسية، فإنّه غالباً ما يلجأ إلى استخدام سلوكيات سلبية؛ وبالتالي يكون هدف العلاج الواقعي هنا هو تعلّم طرق مناسبة لتحقيق حاجاتهم وسعادتهم بطريقةٍ فعّالةٍ (الزيود، 2004).

ويسعى البشر طوال حياتهم للعيش بطريقة، من شأنها إشباع هذه الحاجات، ونظرية الاختيار هي تعبير وصفي لتحديد الكيفية، التي يحاول من خلالها الفرد التحكم في سلوكه، عندما يختار عملاً يمكن من خلاله تحقيق إشباع حاجاته، كما أكدّت نظرية الاختيار أنّ الإنسان يستخدم السلوكات التي يعتقد أنها تشبع حاجاته، وهو مسئول عن هذا الاختيار، وحسب هذه النظرية ينبغي على الفرد أن يعيش حياته بالطرق التي يعتقد أنها تشبع حاجاته على أفضل صوره (الصمادي والزعبي،2007) .

ويتم إشباع حاجات الفرد بطريقةٍ تبادليةٍ، فعندما تشبع حاجة، فإنّها تختفي، ثم تظهر حاجة جديدة، حيث يعمل الدماغ كنظام ضابط لإشباع الحاجات، من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، حيث يكتسب الفرد صور أشياء كثيرة لإشباع مثل هذه الحاجات، وتحفظ صور هذه الأشياء في خلايا خاصة بالدماغ، ويتم تصنيفها في العالم الداخلي الذي سماه جلاسر: "البوم الصور" (الصمادي وزملاؤه، 1998) .

تذكر أبو رمان (2008) أنّ العلاج الواقعي يعد أسلوباً لمساعدة الناس في التحكم الأفضل في حياتهم، ويساعدهم في تحديد ما يرغبون فيه وما يحتاجونه، وبعد ذلك يقومون بتقييمه فيما إذا كانوا يستطيعون تحقيق هذا في الواقع أم لا، كما يساعدهم في فحص سلوكياتهم الخاصة، وتقييمها عبر محكاتٍ واضحةٍ، ويتبع هذا تخطيط إيجابي لمساعدتهم في التحكم في حياتهم الخاصة وتحقيق رغباتهم وحاجاتهم الواقعية، وتكون النتيجة قوةً مضاعفةً وثقة أكبر في النفس، وعلاقة إنسانية أفضل، وخطة شخصية للفرد؛ لكي يعيش حياة أكثر فاعليةً، وهو بذلك يزود الناس بأداة مساعدة ذاتية، يستخدمونها بشكلٍ يوميٍ، من أجل التكيّف والتحكم أكثر بحياتهم.

أما فيما يتعلق بفاعلية نظرية العلاج الواقعي فقد أظهرت بعض الدراسات فاعلية العلاج الواقعي في تنمية المهارات الاجتماعية ومركز الضبط مع الأطفال المعرضين للخطر(الصمادي والخزعلي ، 2006)، وفي تنمية الكفاءة الذاتية والكفاءة الاجتماعية لدى الأحداث الجانحين (أبو رمان، 2008)، وفي تحسين سلوك الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية في المرحلة الثانوية Walter, Lambie, & Ngazimbi, 2008)، وفي تحسين الصحة النفسية والجسدية للمقيمين في مراكز التأهيل الحركي في جنوب كارولينا في أمريكا (Casstevens, 2010)، وفي تحسين المسئولية الاجتماعية والاستقلالية لدي عينة من المسترشدين في بنغلادش (Misztal, 2010)، في تأهيل الأفراد الذين يواجهون مشكلات في تحمل المسئولية والاعتماد على الذات وتعليمهم كيفية إشباع حاجاتهم في الواقع(Bilodeau, 2010).

نظراً لما تعانيه المرأة الحامل من الضغوط النفسية المصاحبة لعملية الحمل في المراحل المختلفة قبل وبعد الولادة، بالإضافة إلى القلق المصاحب لذلك، ولما تتمتع به نظرية العلاج الواقعي من الأساس العلمي والتجربة الطويلة في مجال مساعدة المحتاجين من شتى الفئات ومن مختلف أنماط ذوي الاحتياجات الخاصة، ولما للنموذج من مزايا وشمولية تسمح للمعالجين والمرشدين بحرية الاستعانة بالأساليب المختلفة ومن مختلف النظريات (الصمادي وزملاؤه، 1998). ارتأى الباحثان ضرورة بناء برنامج إرشادي مستند لنظرية العلاج الواقعي لمعالجة الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى عينة من النساء الحوامل.

ونظراً لقلة الدراسات النفسية التي تدرس المرأة الحامل وندرتها عامة وفي المجتمع الأردني خاصة جاءت هذه الدراسة لتبحث وتتعرف على الضغوط النفسية والقلق لدى المرأة الحامل، واختبار فعالية برنامج إرشاد جمعي مستند على العلاج الواقعي في تخفيف هذه المشكلات من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما مستوى الضغوط النفسية لدى الأمهات الحوامل ؟
2. ما مستوى القلق الذي تعيشه الأمهات الحوامل ؟
3. ما أثر البرنامج الإرشادي في تخفيف مستوى الضغوط النفسية لدى الأمهات الحوامل ؟
4. ما أثر البرنامج الإرشادي في تخفيف مستوى قلق الحالة لدى الأمهات الحوامل ؟

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة في انها:

- من الدراسات العربية القليلة التي تهتم بفعالية برنامج إرشادي، في تخفيف الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل.
- تزويد المرشدين والأخصائيين النفسيين والمهتمين بالصحة النفسية؛ بفهم أعمق لمدى تأثير العلاج الواقعي في الحد من الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل.
- تقدم دليلا عمليًا على صدق نظريّة العلاج الواقعيّ، وإمكانيّة تطبيقها في المجتمعات العربيّة .

أفراد الدراسة:

بلغ عدد المشاركات في الدراسة 32 امرأة حاملاً، تطوعن للمشاركة في البرنامج الإرشادي حيث تم الإعلان عنه في مركز الأمومة والطفولة، في منطقة عرجان في عجلون، تراوحت أعمارهنّ بين 20-42 عاماً، وكانت عينة الدراسة تضم نساء حوامل للمرة الأولى، ونساء حوامل لأكثر من مرّة ، وتم تقسيم أفراد الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية، وضمت (16) امرأة حاملاً، خضعن إلى برنامج المعالجة المستند إلى نظرية الاختيار(العلاج الواقعي)، والمجموعة الضابطة، وضمت (16) امرأة حاملاً، لم يخضعن لأي معالجة، وإنما تم إعطائهن الاختبارات القبلية والبعدية المعدة لهذه الدراسة. اعتمدت الدراسة التصميم شبه التجريبي (تصميم قبلي-بعدي لمجموعتين غير متكافئتين) هما: المجموعة التجريبية: قياس قبلي - معالجة - قياس بعدي والمجموعة الضابطة: قياس قبلي – بدون معالجة - قياس بعدي.

مقياس الضغوط النفسية:

قام الباحثان بإعداد مقياس الضغوط النفسية، من خلال مراجعة الأدب النظري، والدراسات والمقاييس السابقة في هذا المجال. مثل: دراسة خليفات والزغول (2003)، وودز وآخرين (woods,et al 2010)، حيث قام الباحثان بطرح السؤال الآتي على مجموعة من النساء الحوامل" ما هي أبرز الضغوطات والمشكلات النفسية، التي تواجهينها خلال فترة الحمل؟" تم تفريغ استجابات النساء الحوامل، ورصد تكرار كل استجابة وانتقاء الاستجابات الأكثر تكرارا، وصياغتها على شكل فقرات، وتضمن المقياس (50) فقرة.

صدق المقياس:

تمّ عرض المقياس على عشرة متخصصين في علم النفس والإرشاد؛ للتأكد من مناسبة كل فقرة فيه، وصحة صياغته اللغوية، ومدى انتماء الفقرات لأبعادها. وطلب من المحكمين إضافة أية عبارة من وجهة نظرهم أو حذفها. وبنسبة اتفاق بين المحكمين تجاوزت 80%، تكون المقياس بصورته النهائية من (47) فقرة، وبعد تفريغ نماذج التحكيم تم استخلاص سبعة أبعاد لمقياس الضغوط النفسية، وهي: البعد الاجتماعي والبعد الشخصي والبعد النفس اجتماعي والبعد المعرفي والبعد الصحي والبعد النفسي والبعد الاقتصادي.

لأغراض التحقق من صدق البناء ؛ تم حساب معامل الارتباط بين كل فقرة والمجال الذي تنتمي اليه، وقد تراوحت قيم معاملات

ارتباط الفقرات بمجالاتها ما بين (.34 - .83)، وتراوحت ما بين الفقرات والمقياس ككل (.32 – .81)، ما بين المجالات والمقياس ككل(.61- .94).

ثبات مقياس الضغوط النفسية:

تمّ التحقق من ثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة، مكونة من (30) امرأة حاملاً، من خارج أفراد عينة الدراسة، بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest)، وبفارق أسبوعين بين مرتي التطبيق؛ بهدف استخراج معامل ارتباط بيرسون؛ فبلغ (.96) للمقياس، وتم استخراج الاتساق الداخلي للمقياس، باستخدام معامل كرونباخ- الفا، فبلغ (.96)، وتعد هذه الدرجة مقبولة لأغراض هذه الدراسة.

أعطيت الدرجة (مرتفعة جدا=5) ، والدرجة(مرتفعة=4) ، والدرجة (متوسطة=3) ، والدرجة (متدنية =2)، والدرجة(متدنية جدا=1). علما بأن أدنى علامة يمكن أن تحصل عليها المستجيبات في الدراسة، هي 47، وأعلى علامة لها 235 .

مقياس قلق الحالة:

قام الباحثان بإعداد مقياس قلق الحالة، من خلال مراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة في هذا المجال. مثل دراسة الأحمد (2001)، و دراسة حامد وآخرين (Hamid et al,2008) حيث طرح الباحثان السؤال الآتي على مجموعة من النساء الحوامل وهو: ما الأشياء التي تشعرك بالقلق كامرأة حامل؟" . وتم تفريغ إجابات النساء الحوامل، ورصد تكرار كل إجابة، وانتقاء الإجابات الأكثر تكرارا، وصياغتها في سبعة عشر فقرة .

صدق المقياس:

تمّ عرض المقياس على عشرة متخصصين في علم النفس والإرشاد؛ للتأكد من مناسبة كل فقرة فيه، وصحة صياغته اللغوية. وطلب من المحكمين إضافة أية عبارة من وجهة نظرهم أو حذفها وبنسبة اتفاق بين المحكمين تجاوزت 80%. تكون المقياس بصورته النهائية (15) فقرةً. ولأغراض التحقق من صدق بناء مقياس قلق الحالة؛ تم حساب معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية على المقياس، تراوحت قيم معاملات الارتباط هذه الفقرات ما بين (.35-.71).

ثبات المقياس:

تمّ التحقق من ثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة، مكونة من (30) امرأة حاملاً، من خارج أفراد عينة الدراسة، بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest)، وبفارق أسبوعين بين مرتي التطبيق ؛ وتم استخراج معامل ارتباط بيرسون، وبلغ (.81) للمقياس، وتم استخراج الاتساق الداخلي للمقياس، باستخدام معامل كرونباخ- الفا؛ وبلغ (.86) وتعد هذه الدرجة مقبولة لأغراض هذه الدراسة. أعطيت الدرجة (مرتفعة جدا=5) ، والدرجة(مرتفعة=4) ، والدرجة (متوسطة=3) ، والدرجة (متدنية=2)، والدرجة (متدنية جدا=1). علما بأن أدنى علامة يمكن أن تحصل عليها المستجيبات في الدراسة هي 15 وأعلى علامة لها 75على المقياس. هذا وقد اعتمد الباحثان نموذج الإحصاء ذي التدريج النسبي، بهدف تصنيف المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياسي الدراسة، وذلك على النحو الآتي:مرتفعة أكثر من 3.5؛ متوسطة من 2.50 – 3.49؛ متدنية أقل من 2.49.

برنامج العلاج الواقعي:

قام الباحثان بتصميم برنامج ارشاد جمعي بالاعتماد على نظرية العلاج الواقعي، وقد اعتمد الباحثان على الدراسات السابقة، كدراسة أبو رمان (2008)، وإسماعيل (2003) والصمادي والخزعلي(2006) والصمادي والزعبي (2007)،وكيم (Kim,2002) ، وقد تكون البرنامج من (17) جلسةً، مدة كل جلسة (60) دقيقة. وتهدف الجلسات إلى تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل، واعتمد البرنامج عدة استراتيجيات هي: فن طرح الأسئلة الماهرة، وإعطاء التعليمات، والمرح وروح الدعابة، والتفاعل والمناقشة الجماعية، ولعب الدور، والنمذجة، والتغذية الراجعة، والواجب البيتي.

للتأكد من صدق البرنامج، قام الباحثان بعرضه على متخصص في العلاج الواقعي، وذي خبرة طويلة في هذا المجال، حيث قام بمراجعة البرنامج كاملا، وإعطاء الملاحظات، وتم إجراء التعديلات التي اقترحها لتحسين البرنامج، حيث يعكس بصورته النهائيّة نظرية العلاج الواقعي، كما قاما بعرض البرنامج على مجموعة من أعضاء الهيئة التدريسية المتخصصين في الإرشاد النفسي، في جامعة اليرموك، وأخذ باقتراحاتهم؛ للخروج بالبرنامج في صورته النهائية. وفيما يلي عرض مختصر للبرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى: تهدف هذه الجلسة إلى التعارف بين المرشدة وعضوات المجموعة، والتعارف بين عضوات المجموعة، وتقديم البرنامج (أهدافه، وعدد جلساته، ومدته، وزمنه، ومكانه، ومدة الجلسة الإرشادية، وتحديد واجبات العضوات وحقوقهن، وإعطاء فكرة عن النظرية الواقعية بشكل موجز). ومن ثم التوقيع على نموذج الرغبة بالمشاركة.

الجلسة الثانية: تهدف هذه الجلسة إلى نشر الثقافة حول الحمل، وعلاماته، وأعراضه، من خلال استضافة طبيبة نسائيّة للتحدث حول مفهوم الحمل، ومراحله، وأبرز المشاكل التي تواجه الأم الحامل، وطرق الوقاية والعلاج.

الجلسة الثالثة: تهدف هذه الجلسة إلى التثقيف بالرعاية الطبية للأم والجنين، من خلال استضافة أخصائية تغذية للتحدث حول الغذاء المناسب، وأثره على الإم والجنين، والتأكيد على أهمية العناية بصحّة الحامل، من خلال ممارسة التمارين الرياضيّة، وتجنب التدخين والتوتر وغيرها.

الجلسة الرابعة: تهدف هذه الجلسة إلى التثقيف بنظرية العلاج الواقعي، والتثقيف بالمفاهيم الأساسية لنظرية العلاج الواقعي.

الجلستان الخامسة والسادسة: تضمنت هاتان الجلستان تعريف المسترشدات بمفهوم الاندماج، الذي يعني عملية صداقة بين المرشد والمسترشد، من خلال الإصغاء لمشكلة المسترشد، واحترامه ومنحه الحب غير المشروط، والحديث معه حسب لغته الخاصة. وكذلك التأكيد على أهمية تحقيق الأم الحامل للاندماج الحقيقي مع أفراد الأسرة، من خلال التدرب على الإستراتيجيّات المناسبة لتحقيق ذلك.

الجلستان السابعة والثامنة: هدفت هاتان الجلستان إلى التثقيف حول مفهوم ضبط الذات، واختيار السلوك، من خلال الأنشطة التدريبية الآتية: جمع المعلومات عن المواقف المسببة للضغوط والقلق، وتحديد وسائل تخفيف الضغوط والقلق، وأساليب التسكين (أساليب الاسترخاء العقلي والجسمي).

الجلسة التاسعة: هدفت هذه الجلسة إلى التعرف على مهارة اتخاذ القرار، والتدرب عليها، من خلال عرض الأمثلة والنمذجة من قبل المرشدة، والتعرف على مهارة توليد البدائل والتدرب عليها.

الجلسة العاشرة: هدفت هذه الجلسة إلى التعرف على كيفية إشباع الحاجات، أي: تحديد الكيفية التي يحاول من خلالها الفرد التحكم في سلوكه عندما يختار عملاً، يمكن من خلاله تحقيق إشباع حاجاته.

الجلسة الحادية عشرة: هدفت هذه الجلسة إلى التعريف بمفهوم السلوك، وتدريب المسترشدات على مهارة التركيز على السلوك والتحكم فيه.

الجلسة الثانية عشرة: هدفت هذه الجلسة إلى التعرف على مفهوم الواقع وأهميته، وتدريب المسترشدات على مهارة التركيز على السلوك والتحكم فيه.

الجلسة الثالثة عشرة: هدفت هذه الجلسة إلى التعرف على مفهوم المسؤولية وأبعاده وتطبيقاته النفسية والتربوية،

الجلسة الرابعة عشرة: هدفت هذه الجلسة إلى التعرف على مفهوم الاستقلالية للمسترشدات وتدريبهن على الاستقلالية.

الجلسة الخامسة عشرة: هدفت هذه الجلسة إلى التعريف بأهمية التخطيط والالتزام، وتدريب المسترشدات على وضع خطة واقعية ضمن إمكاناتهن.

الجلسة السادسة عشرة: هدفت هذه الجلسة إلى التعريف برفض الأعذار، من خلال التعريف بالحيل الدفاعية، وتدريب المسترشدات على كيفية التخلص من الحيل الدفاعية.

الجلسة السابعة عشرة والختامية: هدفت هذه الجلسة إلى إنهاء البرنامج الإرشادي، من خلال التعرف على المهارات والقدرات التي اكتسبنها من الجلسات كاملة، وما تخللها من لقاءات تدريبية ، والتعرف على كيفية تحويل الجلسات واللقاءات التدريبية إلى واقع عملي وواقعي، تستفيد منه الحوامل، وختم الجلسات.

قيادة المجموعة التجريبية:

قام بتطبيق البرنامج الإرشادي مع المجموعة التجريبية، متخصص يحمل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي، ويحضر لأطروحة الدكتوراه في التخصص نفسه (الباحثة المشاركة). كما شارك في قيادة جلسات المجموعة أخصائية نسائيّة، قامت بتزويد المسترشدات بمعلومات مهمة عن الحمل ومراحله، والمشاكل المختلفة التي تواجه الأمهات الحوامل، وبعض الإجراءات العلاجية والوقائيّة. إضافة إلى أخصائية تغذية، تحدثت خلال إحدى الجلسات الإرشادية حول أهمية تغذية الأم الحامل، وكيفيّة العناية بالطفل الوليد، وبعض وسائل تنظيم الأسرة.

إجراءات الدراسة:

قبل تقسيم أفراد الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين تم إعطاء القياسات القبلية للمشاركات في الدراسة ، ثم التقى الباحثان بعضوات المجموعة التجريبية، وتم إعطاء فكرة موجزة عن الإرشاد الجمعي، وأهداف البرنامج الإرشادي المنوي تطبيقه مع المجموعة، بعد توقيع التعهد الخطي بالمشاركة في البرنامج، تم الاتفاق على مكان اللقاء بين أفراد المجموعة في مكان وزمان يناسب الجميع، على أن يكون اللقاء في منزل إحدى المسترشدات، التي تبرعت أن تلتقي المجموعة عندها، حيث احتوى منزلها على غرفة واسعة، تم تنظيم أمورها بشكل يناسب الإرشاد الجمعي، وتم توفير طاولات ذات شكل بيضاوي، حولها مجموعة من المقاعد المتحركة، إضافة إلى توفير لوح مناسب، ومجموعة من الأقلام السحرية الملونة، وأوراق لاستخدامها في الأنشطة التي يتضمنها البرنامج الإرشادي. وكذلك تم الاتفاق على أن يقوم قائد المجموعة بنقل الأعضاء من منازلهن إلى مكان الجلسات وذلك تسهيلا على الجميع وضمانا للالتزام بالمواعيد. وتم تطبيق البرنامج خلال مدة زمنيّة تقارب الشهرين، وقد تم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية بواقع جلستين أسبوعيا، مدة كل جلسة ستون دقيقة. وفي لقاء منفصل تم إعطاء القياسات البعدية.

النتائج والمناقشة

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية وقلق الحالة، لدى عينة من النساء الحوامل، إضافة إلى الكشف عن أثر برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الواقعية في الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى عينة من الحوامل من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة:

أولا- للإجابة عن سؤال الدراسة **ما مستوى الضغوط النفسية لدى النساء الحوامل؟**، تم حساب النسب المئوية للمستجيبات ضمن كل فئة من فئات التدريج، إضافة إلى حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية الخاصة بمستوى الضغوط النفسية وأظهرت النتائج أن متوسط الدرجة الكلية لأفراد العينة على مقياس الضغوط النفسية كان 3.55 وبانحراف معياري 33.. وفي ضوء المعيار المعتمد فإن مستوى الضغوط النفسية هي مرتفعة. ويمكن تفسير ذلك بأن الأدوار الاجتماعية التي تقوم بها المرأة سواء كانت حاملاً أو غير حامل هي أدوار متعددة وكبيرة فهي زوجة وأم وربة منزل ومعلمة ومربية وأكثر من ذلك فهي تشارك في أعمال الزراعة وجني المحاصيل الزراعية التي يمارسها سكان الأرياف والقرى كالتي جاءت منها عينة الدراسة. مما يجعلها تعاني من كثرة الضغوط النفسية وارتفاع مستوياتها. تتفق نتيجة هذه الدراسة مع معظم الدراسات السابقة في هذا المجال على الرغم من اختلاف العينات والمناطق وأدوات القياس والمتغيرات(*(Glynn, Schetter, Hobel, & Sandman, 2008(Brajenovic-Milie, Martinac, Kuljanic, & Petrovic, 2010, Margalit, 2010, Beijers, 2010)*

ثانيا- للإجابة عن سؤال الدراسة **ما مستوى قلق الحالة لدى النساء الحوامل؟**

تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية الخاصة، بمستوى قلق الحالة، حيث تبين أن المتوسط الحساب للدرجة الكلية على مقياس القلق لأفراد الدراسة كان 3.88 وبانحراف معياري 27.. أوفي ضوء المعيار المعتمد في هذه الدراسة فإن مستوى قلق الحالة كان (مرتفعة). ونظرا لضعف المتابعة الطبية اللازمة لمراقبة صحة الأم الحامل والجنين فإن درجة القلق لدى الأم الحامل ترتفع بسبب غموض عملية الولادة وما يصاحبها من آلآم، ومع غموض مستقبل الجنين تزداد درجة القلق لدى الأم الحامل، ويضاف إلى ذلك زيادة التوقعات المبنية على مستقبل الحمل لدى بعض النساء في المجتمعات الريفية عامة. تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال على الرغم من اختلاف العينات والموقع والمتغيرات (Littleton, et al, 2006, Norbeck and Anderson, 2010, Teixeira, et al, 2009, Beijers, 2010 Hussein, 2010, Hamid, Asif& Haider, 2008,Huizink, et al, 2000,)

ثالثا- للإجابة عن سؤال الدراسة **ما أثر برنامج الإرشاد الجمعي في الضغوط النفسية؟** تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لاستجابات افراد العينة القبلية والبعدية على مقياس الضغوط النفسية وفقا لمتغير المعالجة (مع برنامج، بدون برنامج)، إضافة إلى حساب المتوسطات الحسابية المعدلة كما في الجدول (1).

الجدول (1): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابتين القبليّة والبعديه، على مقياس الضغوط النفسية

المعالجة	الضغوط النفسية القبلية		الضغوط النفسية البعدية	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط اللحسابي	الانحراف المعياري
بدون برنامج إرشادي جمعي	3.352	0.29	3.596	0.24
مع برنامج إرشادي جمعي	3.749	0.24	2.462	0.13

يلاحظ من الجدول (1) وجود فرق ظاهري بين المتوسطين الحسابيين -الاستجابة البعدية-الخاصين بمقياس مستوى الضغوط النفسية؛ وللكشف عن جوهرية الفرق الظاهري بينهما، تم إجراء تحليل التباين المصاحب على الدرجة الكلية لمقياس مستوى الضغوط النفسية الاستجابة البعدية، وفقا لمتغير المعالجة، بعد تحييد الاستجابة القبلية للدرجة الكلية لمقياس مستوى الضغوط النفسية كما في الجدول (2).

الجدول (2): نتائج تحليل التباين المصاحب للدرجة الكلية على مقياس الضغوط النفسية وفقا لمتغير المعالجة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الضغوط النفسية(مصاحب)	0.364	1	0.364	13.809	10.00
المعالجة	7.983	1	7.983	302.775	0.000
الخطأ	0.712	27	0.026		
الكلي	10.709	29			

يتضح من الجدول (2)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، بين المتوسطين الحسابيين المعدلين، الخاصين بالدرجة الكلية، لمقياس مستوى الضغوط النفسية الاستجابة البعدية، ويعزى متغير المعالجة، لصالح النساء الحوامل أفراد المجموعة التجريبية، اللواتي تلقين البرنامج الإرشادي، مقارنة بالنساء الحوامل أفراد المجموعة الضابطة، اللواتي لم يتلقين البرنامج الإرشادي؛ مما يعني وجود تراجع جوهري في مستوى الضغوط النفسية الكلية لدى النساء ضمن المجموعة التجريبية. وهذا يعود إلى ما اشتمل عليه البرنامج من فعاليات وتدريبات وأساليب مختلفة، تخفف من الضغوط النفسية، بدءا بتكوين علاقة طيبة بين الحوامل والمرشد، إضافة إلى العلاقات الاجتماعية بينهن وبين أزواجهنّ، من خلال تحقيق الاندماج في جلسات الإرشاد، وقد ظهر ذلك جليا خلال جلسات البرنامج، من حيث حرص جميع الحوامل على التواجد خلال أوقات الجلسات، وكذلك المشاركة الفعالة خلال الجلسات، إضافة إلى المتابعة المستمرّة للواجبات البيتيّة، التي كانت تعطى لهن، وتدعيم الجلسات بالخبرات المختلفة، التي كانت بمثابة فرص غنية للجميع. وكان يعبر عن هذا الاندماج بشكل مستمر، من خلال ذكر المسترشدات لأهمية الجلسات بالنسبة

لهنّ وشوقهنّ لها، إضافة إلى ربطهنّ لما يتم خلال الجلسات بواقع الحياة العمليّة لديهن .

وتضمن البرنامج -أيضاً - العديد من أساليب مواجهة الضغوط النفسيّة، التي تم إعطاؤها للحوامل، وتوضيح مفاهيمها، والتأكيد على أهمية تطبيقها، مثل: أساليب الاسترخاء (العقلي والجسمي)، والتنفيس الانفعالي، وتحويل الانتباه، وأسلوب المواجهة للواقع، والإعداد والتخطيط باستمرار لمواجهة المواقف، وقد أدركت المسترشدات أهمية هذه الأساليب، وتدربن خلال الجلسات وبعد ذلك على تطبيقها في الحياة العمليّة.

واحتوى البرنامج الإرشادي على أساليب وأفكار واقعيّة، للتعامل مع مواقف الحياة المختلفة، مثل: مفهوم الواقع، الذي يؤكد على أهمية معايشة الفرد للواقع كما هو، وضرورة التعامل معه بنجاح؛ من أجل الوصول إلى الراحة. كذلك مفهوم المسؤوليّة الذي يعتبر مفهوما أساسيا في تحمل الفرد مسؤوليّة مواقفه وأفعاله (وألا ينسبها) – أو يلقي باللوم على الآخرين ، من أجل تبرير سلوكيّاته. كذلك أهمية التركيز على السلوك الحالي للفرد وهذا يجعل الفرد أكثر حيويّة ومصداقيّة في مواجهة الأشياء، ويتجنب الخبرات الماضية، ويتعامل مع المواقف الحاليّة بقوّة ونشاط ولا يتجاهلها.

أكد البرنامج خلال جلساته على أهمية استغلال القدرات الذاتيّة للفرد، ومسؤوليّته عن التخطيط، وإعداد الخطط بما يتناسب مع المواقف المختلفة، والالتزام بهذه الخطط قدر الإمكان، وهذا يسهم في مساعدة الفرد على التعامل مع المواقف الضاغطة، التي تواجهه في حياته بواقعيّة، مهما اختلفت أنواعها (اقتصاديّة، واجتماعيّة، ومعرفيّة) .

وبما أن الضغوط النفسيّة تعتمد بشكل كبير جدا على إدراك الفرد لها. فقد تم التركيز خلال الجلسات على أهمية انتباه الفرد إلى إدراكه للأحداث والمواقف، وتفسيره لها ولا بد أن يستخدم الفرد أسلوباً واقعياً في إدراك الأحداث، بحيث يدركها كما هي، بعيدا عن التحجيم، أو التضخيم، حتى يتمكن من التعامل معها في النهاية بشكل واقعي ومقبول، ويحصل على نتيجة مرضية.

وتضمنت الجلسات –أيضاً- توفر المعلومات المختلفة، التي تحتاج إليها المسترشدات كحوامل، من ناحية معلومات طبيّة تتعلق بالحمل ومراحله وأعراضه، وبعض المشكلات المختلفة، وكيفيّة التصدي لها، وكذلك معلومات قيّمة لها علاقة بكيفيّة توفير الراحة والهدوء للمرأة الحامل من خلال استخدام التمارين الرياضيّة في الأنشطة اليوميّة، وممارسة بعض الهوايات الخاصة، كذلك وفرة معلومات جيدة للحوامل حول التغذية المناسبة، وكيفيّة تناول الوجبات، وبعض التحذيرات من بعض الأمور، التي تضرّ بالمرأة الحامل، إضافة إلى النصائح المختلفة للحوامل، التي يمكن استخدامها للتقليل من بعض المشكلات الصحيّة، التي تسبب لهن عبئا إضافيا، مثل: الغثيان، والتقيؤ الثقل وهذا من خلال الأخصائية النسائيّة وأخصائية التغذيّة، إضافة إلى تبادل الخبرات بين الحوامل.

وبذلك يكون البرنامج الإرشادي الذي تلقته الحوامل خلال الجلسات الإرشادية، الذي استند في استراتيجيّاته على نظريّة العلاج الواقعي، قد شمل وتناول أبعاد الضغوط النفسيّة ومجالاتها المختلفة لدى الحوامل. وقد عبرت المسترشدات الحوامل عن ذلك خلال الجلسات الإرشادية، وذلك من خلال قوّة العلاقات خلال الجلسات مع أفراد المجموعة، بالابتسامات والمجاملات المختلفة، وأساليب التعامل مع أعضاء المجموعة، بالالتزام المستمر بالمواعيد، والواجبات البيتيّة، وذكر الخبرات والتجارب التي حدثت خلال فترة التدريب

وتم التأكيد خلال الجلسات الإرشادية على أهمية تطبيق المفاهيم المختلفة للعلاج الواقعي، في التعامل مع العالم من حولنا (أزواج، أبناء، أصدقاء) الذي يسهم بدوره إسهاماً فاعلاً في تخفيف الكثير من الضغوطات النفسيّة التي تتولد لدينا من خلال علاقاتنا وتعاملاتنا مع المحيطين.

وبذلك يكون العلاج الواقعي مناسبا للتعامل مع النساء الحوامل، اللواتي يعانين من الضغوطات النفسيّة .وقد جاءت نتائج الدراسة الحاليّة متفقة مع دراسات أخرى بحثت في فعاليّة الإرشاد الجمعي، المستند إلى نظريّة العلاج الواقعي لمجتمعات إحصائية مختلفة، مثل: دراسة (kim ,2002) ودراسة إسماعيل (2005) ودراسة الصمادي والخزعلي (2006) ودراسة 2010, Casstevens، ودراسة Bilodeau، (2010) على اختلاف عيناتها ومتغيراتها التابعة.

رابعا: للإجابة عن سؤال الدراسة **ما أثر البرنامج في قلق الحالة؟**؛ تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للاستجابتين القبلية والبعدية، الخاصتين بالدرجة الكلية لمقياس قلق الحالة، تبعا لاختلاف متغير المعالجة، إضافة إلى حساب المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية لها كما في الجدول (3).

الجدول (3):المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، الخاصة بالدرجة الكلية لمقياس قلق الحالة للاستجابتين: القبلية والبعدية.

المعالجة	قلق الحالة القبلي		قلق الحالة البعدي	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
بدون برنامج إرشادي جمعي	3.676	0.21	4.049	0.21
مع برنامج إرشادي جمعي	3.960	0.26	2.529	0.22

يلاحظ من الجدول (3)، وجود فرق ظاهري بين المتوسطين الحسابين الخاصين بالاستجابة البعدية لمقياس قلق الحالة، ناتج عن

اختلاف مستوى متغير المعالجة، وللتحقق من جوهرية الفرق الظاهري السالف الذكر، تم إجراء تحليل التباين المصاحب على الدرجة الكلية لمقياس قلق الحالة على الاستجابة البعدية، وفقا لمتغير المعالجة بعد تحييد الدرجة الكلية لمقياس قلق الحالة الاستجابة القبلية كما في الجدول (4).

جدول 4: نتائج تحليل التباين المصاحب على الدرجة الكلية لمقياس قلق الحالة، وفقا لمتغير المعالجة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
قلق الحالة (مصاحب)	0.677	1	0.677	29.869	0.000
المعالجة	15.758	1	15.758	695.580	0.000
الخطأ	0.612	27	0.023		
الكلي	18.616	29			

يتضح من الجدول (4)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة احصائية بين المتوسطين الحسابيين المعدلين، الخاصين بالدرجة الكلية لمقياس قلق الحالة للاستجابة البعدية، ويعزى لمتغير المعالجة، لصالح أفراد المجموعة التجريبية اللواتي تلقين برنامج الإرشاد الجمعي، مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، اللواتي لم يتلقين برنامج الإرشاد الجمعي؛ بمعنى أن شدة قلق الحالة لدى أفراد المجموعة التجريبية تراجعت، وبفارق جوهري عما هي عليه لدى أفراد المجموعة الضابطة. ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى ما تضمنه البرنامج الإرشادي من إستراتيجيّات وفعاليّات لمعالجة ومواجهة القلق لدى الحوامل، وذلك من خلال تحقيق الاندماج الحقيقي والفاعل، بين القائد وأفراد المجموعة، وكذلك بين أعضاء المجموعة نفسها؛ مما يساعد أفراد المجموعة على التعبير الصادق والصريح عن مخاوفهم ومشكلاتهم، وقد بدا ذلك واضحا خلال الجلسات الإرشادية، حيث تضمنت الجلسات الكثير من الوضوح والصراحة في التعبير، لدى المسترشدات حول بعض المخاوف لديهن، مثل: المخاوف من آلام الولادة، وترقب ساعة الولادة، والخوف من ولادة طفل غير سليم، وغيرها. وقد احتوى البرنامج الإرشادي على فنيّات وأساليب إرشادية للتعامل مع هذه المخاوف، مثل: التركيز على السلوك الحالي للفرد، ومساعدته على تحمل مسؤوليّة سلوكياته، وتلبية حاجاته المختلفة، إضافة إلى توفير معلومات طبيّة مهمة للنساء حول موضوع الولادة، أسباب بعض الولادات العسرة، أسباب تشوهات الجنين، والوقاية منها .وكذلك تبادل الخبرات بين الحوامل من خلال الحديث عن الخبرات الايجابيّة للولادات السابقة لدى بعض الحوامل.

إضافة إلى مهارة تقييم السلوكيات والرغبات والاحتياجات بشكل واقعي، إضافة إلى دراسة السلوك الحالي غير الواقعي، في ضوء إدراك الواقع والعمل على رفض السلوكيات غير الواقعيّة، وبذلك يتم مواجهة الأفكار والسلوكيات غير المنطقيّة.

وكذلك التركيز على مفهوم الصح والخطأ، وأهميته في ممارسة السلوكيات الملتزمة بالمعايير والابتعاد عن السلوكيّات غير الملتزمة. والتدرب على مهارة إعداد الخطط ذات المواصفات المقبولة التي تتصف بالواقعيّة والمرونة وتنظيمها، من أجل مراجعة المواقف المشكلة في الحياة، والالتزام المرن –أيضاً- بهذه الخطط؛ حتى يتحقق الهدف الواقعي أيضا، والتأكيد على أهمية المثابرة في تحقيق الأهداف، وقد ظهر ذلك بوضوح خلال الجلسات، من خلال مناقشة الكثير من المخاوف، التي تظهر لدى المسترشدات الحوامل، ومواجهتها بالواقع، والمشاركة بالخبرات المختلفة، وتطبيق المهارات التي يتم التدرب عليها خلال الجلسات، أو يتم إعطاؤها كواجبات بيتيّة للمسترشدات الحوامل.

وعلى الرغم من عدم وجود دراسات سابقة حول فعالية الإرشاد الجمعي، المستند إلى نظرية العلاج الواقعي في معالجة مشاكل النساء الحوامل، فإن نتائج الدراسة الحالية جاءت متفقة مع دراسات أخرى لمجتمعات إحصائية مختلفة،.مثل: دراسة Walter، Lambie، & Ngazimbi، (2008) و دراسة أبو رمان (2008)، ودراسة Misztal (2010)على اختلاف عيناتها ومتغيراتها. مما يعزز المصداقية والفعالية لنظرية العلاج الواقعي في المجتمع الأردني.

التوصيات:

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة يوصي الباحثان بما يلي:

- إبلاء موضوع المرأة الحامل اهتماما أوفر من خلال إجراء دراسات حول الضغوط النفسية، وقلق الحالة لدى النساء الحوامل، وعلاقتها بمتغيرات أخرى، مثل: (عمر الأم الحامل، وعدد مرات الحمل، والمستوى التعليمي للمرأة، والمدة الزمنية للحمل).
- استخدام المفاهيم والفنيات في البرنامج الإرشادي وإعداد ورش تدريبية للأمهات الحوامل وتقديم الدعم النفسي اللازم للأمهات الحوامل من خلال مراكز الأمومة والطفولة تركز على تقديم العون في مجال الضغوط النفسية وقلق الحالة الناتج عن عملية الحمل.
- عدم تعميم نتائج الدراسة خارج نطاق عينة الدراسة.

المراجع

الأحمد، أمل. (2001). حالة القلق وسمة القلق وعلاقتهما بمتغيري الجنس والتخصص العلمي: دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة جامعة دمشق. **مجلة جامعة دمشق، 17**(1)، 107-140

أبو رمان، فاطمة. (2008)**. أثر برنامج إرشادي مستند إلى نظرية الاختيار في الكفاءة الاجتماعية، والكفاءة الذاتية،**

المدركة لدى الأحداث الجانحين في الأردن. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.

إسماعيل، حنانز.(2005). **فاعلية العلاج بالواقع في تحسين مفهوم الذات لدى المراهقين**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

التميمي، صنعاء.(2006). القلق. **موسوعة العلوم النفسية والتربوية, 10**(8), 14-24.

خليفات، عبد الفتاح والزغول، عماد.(2003).:لضغوط النفسية لدى معلمي مديرية تربية محافظة الكرك، وعلاقتها ببعض المتغيرات، **مجلة العلوم التربوية،3**، 61-87

خوري، سميح . (1996) . **دليل المرأة في حملها وأمراضها** . بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر .

الزيود، نادر.(2004). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**. ط2، عمان: دار الفكر.

الصمادي، أحمد والخزعلي، بلال.(2006) . فاعلية العلاج الواقعي في تنمية المهارات الاجتماعية، وتعديل مركز الضبط لدى الأطفال المعرضين للخطر. **دراسات العلوم التربوية**. 33(1)، 134- 146.

الصمادي، أحمد والزعبي، فايز.(2007). أثر الإرشاد الجمعي بطريقة العلاج الواقعي في تنمية المسؤولية الاجتماعية لدى عينة خاصة من الطلبة الأيتام . **مجلة العلوم التربوية والنفسية**.8 (1) ، 111 – 131 .

الصمادي، أحمد، وفرح، عدنان، والشيباني، محمد وحداد، عفاف.(1993). **مبادىء الإرشاد والتوجيه النفسي**. الجمهورية اليمنية : وزارة التربية والتعليم .

المهدي محمد.(2004). الصحة النفسية للمرأة **نسخة الكترونية**
http://www.maganin.com/articles/articlesview.asp

Beijers, R .(2010). *Maternal prenatal with anxiety and stress could linked to infant illnesses and antibiotic use in early life.* Paper presented to Behavioral Science Institute in Nijmegen, the Netherlands.

Bilodeau, S. (2010). Project: Impact reality therapy. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy, 2* (70-105).

Brajenovic-Milie, B; Martinac, T; Kuljanic, K & Petrovic, O. (2010). Stress and anxiety in relation to amniocentesis: Do women who perceive their partners to be more involved in pregnancy feel less stressed and anxious? .*The Croatian Medical Journal*, *51*(2), 137–143.

Casstevens, W. J. (2010). Using reality therapy and choice theory in health and wellness program development within psychiatric psychosocial rehabilitation agencies**.** *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy,* 2, 55-58.

Corey, G. (2000). *Theory & practice of group counseling.* Fullerton: California State University.

David,P. (2004). Stress During pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddler. *International Pediatric Research Foundation, Inc. 56* (3),216-255.

Dempsey, J; Butler, C, & Williams, M. (2005). No need for a pregnant pause: physical activity may reduce the occurrence of gestational diabetes mellitus and preeclampsia. *Exerc. Sport Sci. Rev., 33, 141-149.*

Glynn, L. Schetter, C. Hobel, C. & Sandman, C. (2008). Pattern of Perceived Stress and Anxiety in Pregnancy Predicts preterm Birth. *Health Psychology-the American Psychological Association,* 27(1), 43–51.

Gunning, M; Gunning, F. Denison; Stockley, Ho, C; Sandhu, K & Reynolds, R. (2010). Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23(9), 32-43.*

Hamid, F. Asif, A; & Haider, I. (2008). Study of anxiety and depression during pregnancy. *Pak J. Med. Sci.,* 24(6)861-64.

Heron, J; Thomas ,G &, O' Conner, A. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and postpartum in a community sample. *J. Affective Disorders,* 80, 65-73.

Howart, W. (2001). The evolution of reality therapy to choice theory. *International Journal of Reality Therapy, 21(1), 2-11.*

Huizink, A; de Medina, P; Mulder, E; Visser, G & Buitelaar, J. (1999). pregnancy anxiety**.** *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18, 266-272.

Huizink, A; de Medina, P; Mulder, E; Visser ,G & Buitelaar, J. (2000). Is pregnancy anxiety a relatively distinctive syndrome? *Development and Psychopathology*, 10, 69-85.

Hussein, S. (2010.) Anxiety during pregnancy among Sudanese pregnant women. *Sudan JMS.*

Kim. K. (2002). The Effect of a reality therapy program on the responsibility for Elementary school children in Korea**.** *International Journal of Reality Therapy, 11*, 101-106.

Lennon, B. (2000). From "reality therapy" to "reality therapy in action*". International Journal of Reality Therapy*, 2, 55-56.

Littleton, L; Breitkopf, C& Berenson, A. (2006). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1, 1-9.

Margalit, C. (2010). Stress, anxiety can up risk of depression in pregnancy. *The American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2,214*-230.

Stancil, T; Schramm, M & Watt-Morse, M. (2002). are pregnant women in South Carolina stressed out? *Pediatric Periapt Epidemiology,* 4,220-231.

Teixeira, C; Figueiredo, B; Conde, A; Pacheco, A & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders, 119,* 142–148**.**

Thomas, Mary. (2003). *Organizational behavior concepts, theory and practice*. New Delhi: Deep &Deep Publication PVT. LTD.

Walter, S; Lambie, M& Ngazimbi, E. (2008). A choice theory counseling group succeed with middle school students who displayed disciplinary problems. *Middle school Journal,* **40**(2), 111-118.

Woods, M., Melville, L; Guo, Y ; Fan, M & Gavin, A . (2010.) Psychosocial stress during pregnancy. *American journal of obstetrics genecology*, 202 (1), 61-67.

Misztal, M. (2010). Abject poverty to self-sufficiency: The Integration of choice theory and reality therapy into a program developed to eradicate poverty. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy,* 2, 59-61.

Norbeck, j. & Anderson, J. (2010). Life stress, social support, and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women. *Research in Nursing & H*ealth, 12 (5), 281–287.

Sausenthaler, S ; Rzehak, P ; Chen,C ; pArck, A, Bockelbrink, T; Schafer, B; Schaaf, M; Borte, O ;Herbarth, U; Kramer, A; Berg, HE; Wichmann& Heinrich, J .(2009). stress-related maternal factors during pregnancy in relation to childhood eczema: Results from the Lisa study. *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol* , Esmon Publicidad, 19(6), 481-487.

Stancil, T; Hertz-Picciotto, I; Schramm, M & Watt-Morse, M. (2000). Stress and pregnancy among African-American women**.** *Pediatric Periapt Epidemiology,* 2, 323-345.